Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro

THESE

DO

Dr. Canuto Silva

1892

DISSERTAÇÃO

SEGUNDA CADEIRA DE CLINICA MEDICA

Symptomatologia e tratamento das Cardiopathias arteriaes

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras da Faculdade

THESE

SUSTENTADA PERANTE A

Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro

No dia 9 de Janeiro de 1892

POR

José Canuto da Costa e Silva

DOUTOR EM SCIENCIAS MEDICO-CIRURGICAS PFLA MESMA FACULDADE

NATURAL DO ESTADO DO RIO DE JANFIRO

Ex-interno da Segunda Cadeira de Clinica Medica.

Filho legitimo de José da Costa e Silva e de D. Maria Ignacia da Costa e Silva

Approvado com distincção

RIO DE JANEIRO

Imprensa Mont'Alverne — Ferreira & C., rua da Uruguayana n. 47

1892

Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro

DIRECTOR—Conselheiro Dr. Visconde de Alvarenga

VICE-DIRECTOR—Dr. João Joaquim Pizarro.

SECRETARIO—Dr. Antonio de Mello Muniz Maia.

LENTES CATHEDRATICOS

Drs :	
João Martins Teixeira	Physica medica.
Conselheiro Augusto Ferreira dos Santos	Chimica inorganica medica.
João Joaquim Pizarro	Botanica e zoologia medicas.
Ernesto de Freitas Crissiuma	Anatomia descriptiva.
Eduardo Chapot Prevost	Histologia theorica e pratica.
Domingos José Freire	Chimica organica e biologica.
João Paulo de Carvalho	Physiologia theorica e experimental.
José Maria Teixeira	Pharmacologia e arte de formular.
Pedro Severiano de Magalhães	Pathologia cirurgica.
Henrique Ladislau de Souza Lopes	Chimica analytica e toxicologia.
Augusto Brant Paes Leme	Anatomia medico-cirurgica e com[illegible]ra
Marcos Bezerra Cavalcanti	Operações e apparelhos.
João Damasceno Peçanha da Silva	Pathologia medica.
Cypriano de Souza Freitas	Anatomia e physiologia pathologicas.
Conselheiro Visconde de Alvarenga	Materia medica e therapeutica.
Luiz da Cunha Feijó Junior	Obstetricia.
Agostinho José de Souza Lima	Medicina legal.
Benjamim Antonio da Rocha Faria	Hygiene e mesologia.
Carlos Rodrigues de Vasconcellos	Pathologia geral e historia da medicina.
João da Costa Lima e Castro	Clinica cirurgica—2ª cadeira.
João Pizarro Gabizo	Clinica dermatologica e syphiligraphica
Francisco de Castro	Clinica propedeutica.
Oscar Adolpho de Bulhões Ribeiro	Clinica cirurgica—1ª cadeira.
Erico Marinho da Gama Coelho	Clinica obstetrica e gynecologica.
Hilario Soares de Gouvêa	Clinica ophthalmologica.
José Benicio de Abreu	Clinica medica—2ª cadeira.
João Carlos Teixeira Brandão	Clinica psychiatrica e de molestias nervosas
Candido Barata Ribeiro	Clinica pediatrica.
Conselheiro Nuno de Andrade	Clinica medica—1ª cadeira.

LENTES SUBSTITUTOS

	Drs :
1ª secção	Arthur Fernandes Campos da Paz.
2ª ,,	Joaquim Caminhoá.
3ª ,,	Genuino Marques Mancebo.
4ª ,,	
5ª ,,	Ernesto do Nascimento Silva.
6ª ,,	Domingos de Góes e Vasconcellos.
7ª ,,	Antonio Augusto Azevedo Sodré.
8ª ,,	Augusto de Souza Brandão,
9ª ,,	Francisco Simões Corrêa.
10ª ,,	Joaquim Xavier Pereira da Cunha.
11ª ,,	Luiz da Costa Chaves Faria.
12ª ,,	Domingos Jacy Monteiro Junior.

N. B.—A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emittidas nas theses que lhe são apresentadas.

Ao Exm.º Snr. Luiz
Carvalho offereço este
modesto trabalho
em signal de respeito
e admiração pelo
seu talento, pelo seu
saber e pelas suas
bellas qualidades.

Rio — 18 de Abril de 1892

[illegible] da Silva.

INTRODUCÇÃO

As cardiopathias arteriaes são molestias que se desenvolvem sob a dependencia do processo morbido geral — arterio-esclerose e que se caracterisam principalmente pela hypertensão arterial.

A sua evolução póde ser dividida em tres periodos perfeitamente distinctos :

No primeiro periodo ou arterial, caracterisado pelo augmento permanente da tensão arterial, estas molestias ainda não têm as suas lesões anatomicas realisadas, ou são apenas representadas por um espasmo arterio-capillar generalisado, que constitue a causa da hypertensão e que é seguido, no fim de um tempo mais ou menos longo, das primeiras lesões periphéricas da arterio-esclerose.

No segundo periodo ou cardio-arterial, ainda caracterisado pela hypertensão arterial, estas molestias attingem ao seu desenvolvimento completo, pela confirmação franca da arterio-esclerose peripherica e sua propagação consecutiva ás diversas visceras da economia e em seguida ao myocardio.

Finalmente, no terceiro periodo ou mitro-arterial, estas molestias entram em sua phase de decadencia ou de declinio, caracterisada pelo enfraquecimento progressivo do myocardio, pela dilatação dos orificios auriculo-ventriculares e das cavidades cardiacas, e sobretudo pelo abaixamento da tensão arterial.

E' então que as cardiopathias arteriaes perdem a sua individualidade, deixam de ser molestias arteriaes, para confundir-se inteiramente com as outras cardiopathias chronicas, denominadas valvulares.

Independentemente, porem, desta approximação final, ellas constituem um grupo de molestias inteiramente distincto sob todos os pontos de vista.

Sob o ponto de vista nosologico, ellas devem ser consideradas como molestias localisadas e não locaes, primitivamente periphericas e não centraes.

Sob o ponto de vista anatomo-pathologico, as suas lesões caracterisadas pela arterio-esclerose cardiaca, evolvem-se da peripheria para o centro, dos vasos para o myocardio, do myocardio para as valvulas.

Sob o ponto de vista etiologico, ellas prendem-se a causas muito numerosas e variadas, taes como a velhice, o alcoolismo, a gotta, o rheumatismo, o tabagismo, o impaludismo, etc. e distinguem-se pricipalmente pela hereditariedade franca e directa que offerecem.

Sob o ponto de vista pathogenico, ellas repousam sobre a constricção vascular, que, como já tivemos occasião de dizer, constitue o ponto de partida da hypertensão arterial e consecutivamente da arterio-esclerose peripherica e visceral.

Sob o ponto de vista therapeutico, ellas são combatidas pelos diversos agentes vaso-dilatadores ou depressores da tensão arterial, e n'este sentido, divergem radicalmente das cardiopathias valvulares, que tendendo desde o principio para a hypotensão arterial, são, de preferencia, combatidas pelos agentes cardio-tonicos, taes como a digitalis e cafeina, o strophantus, etc.

Sob o ponto de vista do prognostico, ellas procedem como molestias perfeitamente curaveis, emquanto a arterio-esclerose ainda não attingio ao segundo periodo ou visceral, ou ainda não determinou lesões anatomicas irreparaveis no parenchyma dos orgãos.

Finalmente, sob o ponto de vista clinico, ellas offerecem uma physionomia toda especial e caracteristica.

São latentes em sua evolução, lentas em sua marcha, accidentadas e complicadas em sua symptomatologia.

Nenhuma ordem ou regularidade offerecem em suas manifestações iniciaes.

Tributarias de um processo geral, a arterio-esclerose, cujas predominancias morbidas podem variar de individuo a individuo, têm o seu começo intimamente filiado aos differentes modos de evolução d'esta molestia.

Supponhamos que a arterio-esclerose limite-se por muito tempo á peripheria e ás outras visceras que não o myorcadio. O coração, n'este

caso, não soffrerá senão secundariamente; as desordens dependentes dos outros orgãos serão as primeiras em data, e a cardiopathia terá um desenvolvimento lento, será insidiosa em seu começo e mal desenhada em seus symptomas.

Supponhamos, ao contrario, que a arterio-esclerose venha interessar, desde logo e de uma maneira preponderante, as arterias nutritivas do myocardio. A scena então será inteiramente diversa; a cardiapathia poderá ter um começo francamente brutal, annunciando-se, desde logo, por violento accesso de dyspnéa ou de pseudo-asthma, por ataques repetidos do congestões pulmonares activas, por accessos de arythmia ou de tachycardia, por peniveis paroxismos anginosos, e emfim, por violentas palpitações. Todos estes accidentes apresentarão um caracter paroxistico, desapparecendo hoje para reapparecer d'aqui a um, dois ou tres mezes, até realisar, por fim, um estado de arythmia permanente ou de dyspnéa subintrante. Frequentes vezes, mesmo, estas cardiopathias complicam-se de phenomenos asystolicos de tal sorte graves, que, bem antes de se realisarem os edemas periphericos e as congestões visceraes passivas tributarias das lesões cardiacas adiantadas, são inopinadamente seguidas de morte.

Este modo todo particular de revelar-se a asystolia n'estas molestias constitue inquestionavelmente um dos seus caracteres clinicos mais importantes e uma de suas differenças mais notaveis das cardiopathias de origem valvular. N'estas, com effeito, a asystolia é quasi sempre lenta e progressiva; a molestia cardiaca percorre com certa regularidade as diversas phases de sua evolução, e só mais tarde, em seus periodos ultimos, é que começam a desenhar-se aos poucos os phenomenos da impotencia do myocardio ou da asthenia cardio-vascular. Segundo bem diz o professor Huchard, o myocardio, nas cardiopathias arteriaes, acha-se a todo o momento em imminencia morbida de dilatação ou asystolia.

Prejudicado em sua nutrição pelos progressos da esclerose que invade as suas arterias, restringindo o coefficiente da irrigação sanguinea, ou simplesmente sobrecarregado pelos obstaculos circulatorios da arterio-esclerose peripherica, elle acha-se, por assim dizer, na espectativa de uma opportunidade ou de uma causa qualquer que venha actuar, embora

de leve, sobre a circulação, para declarar-se francamente impotente, revelando rapidamente os mais graves phenomenos de asystolia aguda.

As cardiopathias arteriaes podem mesmo ser desmascaradas por estes phenomenos asystolicos, e começam então, justamente, por onde acabam as cardiopathias valvulares.

Além d'estes factos que acabamos de assignalar, as cardiopathias arteriaes distinguem-se ainda pela frequencia com que se associam a lesões dos outros orgãos, e pela condição geradora especial das diversas desordens visceraes que as acompanham.

Realmente, não são os embaraços mechanicos da circulação, ou a extase resultante do enfraquecimento cardiaco, que, neste caso, representam o principal elemento productor d'essas desordens. Aqui, a influencia da extase é muito menos importante do que nas cardiopathias valvulares e a causa principal das desordens dos diversos orgãos deve ser antes procurada nas escleroses hepaticas, renaes,cerebraes, medullares, pulmonares, etc., produzidas pelas determinações multiplas e variaveis da arterio-esclerose. São estas escleroses que cedo se associam á esclerose cardiaca, imprimindo, desde logo, a estás molestias, uma de suas formas clinicas cardio-hepatica, cardio-renal, cardio-cerebral, cardio-medullar, cardio pulmonar e cardio-aortica.

De todas estas fómas as duas primeiras são as mais frequentes.

A primeira determina no fim de certo tempo os phenomenos da impermeabilidade ou insufficiencia-hepatica, caracterisados por perturbações diversas para o lado das vias digestivas, por accidentes dyspneicos, por dilirio, somnolencia, movimentos convulsivos generalisados ou parciaes, e sobretudo, pelo coma hepatico que é importante distinguir-se do coma renal, tanto mais quanto ambos são acompanhados de uma diminuição notavel na excreção da uréa. Quanto á segunda, tambem é acompanhada da insufficiencia ou impermeabilidade renal, cuja consequencia ultima é a uremia, resultante da accumulação no sangue de todos os principios toxicos da urina. E' esta forma que constitue a nephrite intersticial, molestia que consideramos como uma das muitas determinações locaes da ar-

terio-esclerose, sem comtudo negar a sua independencia em todos os casos. (*)

Taes são as considerações geraes que julgamos necessario fazer sobre as molestias que constituem o objecto do nosso estudo. A nossa these comprehenderá tres partes:

Na primeira parte, apresentaremos os symptomas mais geraes da arterio-esclerose, symptomas estes que constituem o acompanhamento, quasi que obrigado, de todas as cardiopathias arteriaes.

Na segunda parte, estudaremos as diversas modalidades clinicas que estas molestias podem offerecer segundo certas predominancias symptomaticas, e apresentaremos, ao mesmo tempo, as observações que pudemos colher, durante o nosso tirocinio hospitalar.

Finalmente, na terceira parte, estudaremos as regras therapeuticas que devem ser instituidas contra estas molestias, até ao momento em que ellas perdem o seu caracter arterial, para entrar no periodo franco da mitralidade.

(*) Relativamente a esta questão, as nossas vistas são inteiramente eccleticas. Acreditamos que a nephrite intersticial não só póde apparecer secundariamente como uma das manifestações visceraes da arterio-esclerose, como tambem constituir uma molestia primitivamente renal e n'estas condicções, representar a causa e não o effeito da arterio-esclerose, pelo obstaculo que oppõe á eliminação de certos principios, dotados de propriedades convulsivantes sobre a musculatura vascular.

DISSERTAÇÃO

PRIMEIRA PARTE

A arterio-esclerose apresenta, como vimos, um periodo, mais ou menos longo, em que suas lesões vasculares ou não existem absolutamente, ou se acham apenas esboçadas.

São os symptomas d'este periodo primitivo ou arterial que vamos aqui descrever, e para entrar desde já em materia comecemos pelos symptomas funccionaes.

Ora, d'entre estes, convem notar, em primeiro logar, a oppressão, a dyspnéa do esforço, os accessos nocturnos de polyuria ou de pollakiuria e as palpitações cardiacas, tendo em geral um caracter penivel e doloroso e podendo vir acompanhadas de alguns accessos de arythmia ou de tachycardia.

A estes symptomas vêm reunir-se os accessos de pallidez da face e dos tegumentos em geral, as syncopes e as asphyxias das extremidades, as anemias locaes, os resfriamentos parciaes, as epistaxes e as hemoptyses dos adolescentes, os accessos de fadiga physica e intellectual, as vertigens, a tendencia para a somnolencia, certas dôres musculares persistentes ou transitorias, e finalmente, certas nevralgias ou pseudo-nevralgias arteriaes, caracterisadas por violentos batimentos das arterias das temporas, do pescoço e da cabeça, produzindo uma cephalalgia pulsatil extremamente penivel, e que só póde ser combatida pelos agentes depressores da tensão arterial.

Todos estes symptomas, attribuidos por muito tempo á molestia renal, correm por conta do espasmo do systema arterial ou da hypertensão que lhe é correspondente.

Esta hypertensão produz muitas vezes um sopro post-systolico breve no orificio mitral, sopro que póde desapparecer com o espasmo arterial, e que é acompanhado algumas vezes de dilatação aguda do coração.

Este sopro já constitue um signal physico importante, porém outros mais constantes apparecem.

Na hypertensão arterial, todo o esforço do liquido sanguineo se faz sentir sobre a aórta, que se alarga e soffre alternativas de dilatação e retracção, segundo as variações da pressão arterial. Produz-se, d'este modo, uma *ectasia aórtica*, que a principio não constitue ainda uma molestia, é simplesmente um symptoma.

Mais tarde, porém, a aórta, forçada pela acção constante da columna sanguinea, experimenta uma dilatação permanente, e então, um novo signal physico apresenta-se: — a *elevação das arterias sub-clavias*.

Estas arterias podem ser perfeitamente sentidas, introduzindo-se o dedo pela parte porterior da furcula esternal.

Um dos signaes, porém, mais importantes é o *retumbamento diastolico da aórta*, imitando a pancada de um martello ou semelhando, ás vezes, uma corda vibrante ou um ruido metallico. Observa-se ordinariamente este signal no segundo ou terceiro espaço intercostal direito, algumas vezes diante do esterno, e mais raramente, ao nivel da ponta do coração.

E' necessario distinguir o retumbamento diastolico da aórta, que é apenas um exaggero ou uma modificação na intensidade da segunda bulha, do ruido *clangoroso* ou *tympanico*, assim chamado por Gueneau de Mussy, e que é, ao mesmo tempo, uma modificação na intensidade e no timbre desta bulha.

O retumbamento diastolico da aórta indica simplesmente a hypertensão arterial, o ruido tympanico é ordinariamente symptomatico de uma dilatação consideravel ou de um aneurisma da aórta.

Algumas vezes, entretanto, quando a aórta se dilata sob a influencia das resistencias periphericas, produzidas pelo espasmo arterial, o retumbamento diastolico póde tomar um timbre sensivelmente semelhante ao ruido *clangoroso ou tympanico*.

A estes phenomenos é preciso ainda reunir a impulsão forte do coração, com choque precordial sobre uma larga superficie, dando ao orgão o caracter do *coração impulsivo*; a hypertrophia cardiaca com o ruido de galope e os accessos de *dilatação aguda do coração* ou hyposys-

tolia passageira, que se apresenta quando a pressão arterial cresce de um modo brusco e transitorio.

Finalmente, o pulso é forte, vibrante e concentrado, ou duro, serrado, cheio e persistente, não se abaixando convenientemente durante a diastole e parecendo prolongal-a ; os seus traçados sphygmographicos são consideravelmente amplos, apresentando um vertice horisontal, uma ascenção brusca e uma linha de descida com ondulações.

Por esses traçados vê-se que o pulso é anachrotico, catachrotico e polychrotico, apresentando o caracter do *pulsus tardus planus* e revelam-se laramente a hypertenção arterial e as lesões vasculares da arterio-esclerose.

SEGUNDA PARTE

As cardiopathias arteriaes affectam modalidades clinicas differentes, segundo a predominancia de certas desordensmais ou menos importantes· Comecemos pelas desordens respiratorias :

D'entre estas, interressa-nos particularmente a dyspnéa, não só pela frequencia com que se manifesta, como tambem pela gravidade que em certos casos offerece. Algumas vezes, a dyspnéa é branda, benigna e só apparece por occasião da marcha, de uma fadiga, de uma emoção ou de um esforço qualquer. Ella constitue então a fórma denominada dyspnéa do esforço,que é particularmente propria aos primeiros periodos da cardio-esclerose. Outras vezes ella é igualmente branda, porém manifesta-se expontaneamente sob a fórma de accessos, que se repetem regularmente todas as tardes, todas as noites, ou mesmo varias vezes nas 24 horas.

Finalmente, em certos casos, a dyspnéa póde manifestar-se sob uma fórma francamente intensa e paroxistica, caracterisada por accessos extremamente violentos, acompanhados de uma sensação de peso epigastrico, de angustia respiratoria ou de compressão thoraxica das mais peniveis. Estes accessos constituem uma das variedades da asthma cardiaca e offerecem muitas vezes um rythmo respiratorio inteiramente similhante a dyspnéa uremica de Cheyne Stokes.

Em certos casos, elles complicam-se de bronchites repetidas ou de congestões pulmonares activas, congestões estas que offerecem caracteres muito particulares.

Ellas são bruscas, moveis, não affectam de ordinario senão um dos pulmões e caracterisam-se á auscultação por ligeiros estertores crepitantes, quasi que exclusivamente localisados na parte anterior de um dos pulmões.

São estas congestões que frequentemente são attribuidas ao frio ou a outra qualquer causa, porém que encaradas bem de perto, devem ser ligadas ao desenvolvimento lento e insidioso da arterio-esclerose.

Ellas podem declarar-se com todos os caracteres de uma affecção aguda, com ou sem febre, são de ordinario rapidas em sua evolução e podem apparecer em uma época ainda muito atrazada das cardiopathias arteriaes, bem antes que certas desordens importantes tenham chamado a attenção para o apparelho circulatorio. Estas congestões assemelham-se bastante ao *edema agudo* do pulmão que tambem apparece no curso das cardiopathias; porém d'este ellas se distinguem, não só porque o edema não vem acompanhado de expectoração sanguinolenta caracteristica, como tambem porque os seus estertores são mais finos, mais seccos e mais francamente inspiratorios e as suas localisações menos estreitas e menos precisas.

Quanto ás bronchites de que fallámos, caracterisam-se pela ausencia quasi completa de tosse e expectoração, pela tenacidade que muitas vezes offerecem, pela frequencia com que se manifestam, e muito particularmente pela fórma bastarda e mixta que apresentam ás vezes, dando á auscultação verdadeira chuva de estertores que indicam a combinação dos elementos hyperemico e flegmasico em diversos pontos do apparelho broncho-pulmonar.

Não é raro encontrar nessas bronchites (denominadas de Lasègue) uma vasta zona de attrito pleural, que gosa de extrema mobilidade.

Além disso, ellas distinguem-se tambem pela oppressão e dyspnéa paroxistica que frequentemente trazem.

Esta dyspnéa paroxistica que aqui se observa, não deve ser confundida com a dyspnéa paroxistica da verdadeira asthma. Aqui trata-se antes de uma pseudo-asthma de origem aortica ou de uma dyspnéa inspiratoria, em que a respiração é anhelante, a inspiração laboriosa, difficil e as desordens circulatorias muito accentuadas; na verdadeira asthma ao contrario, trata-se de uma dyspnéa expiratoria em que as desordens circulatorias são pouco notaveis ou mesmo nullas, a inspiração relativamente facil e a expiração sibilante, espasmodica e tres ou quatro vezes mais demorada que a inspiração. Além d'isso, é mister distinguir a

pseudo-asthma dos cardiopathas arteriaes, da pseudo-asthma dos cardiopathas valvulares.

A primeira ou *pseudo-asthma aortica* devida ao exaggero da tensão arterial, augmentado ainda pelo espasmo intermittente das arterias visceraes e periphericas, é caracterisada por uma retumbancia da segunda bulha aortica no momento do accesso. «E' esta a asthma dos cardiacos, ou antes, dos dyspneicos brancos, de face pallida e anemiada, de pulso forte e vibrante.

A dyspnéa entre estes ultimos é paroxistica e nocturna ; acompanha-se de uma sensação de barra ou de peso epigastrico, algumas vezes de sensações anginosas retro-esternaes, e offerece periodos de calmaria, durante os quaes, ella só se manifesta por occasião do esforço.»

A segunda ou *pseudo-asthma cardiaca,* ao contrario, é devida ao augmento da tensão pulmonar, com accentuação do ruido diastolico á esquerda do esterno e apresenta-se constituida por um fundo continuo de dyspnéa, entrecortado de episodios paroxisticos, que não attingem nunca á intensidade da primeira especie. «E' esta a asthma dos cardiacos ou dos dyspneicos vermelhos, de face cyanosada, de membros infiltrados e de congestões passivas.»

Estas differenças mantêm-se ordinariamente nos primeiros periodos da cardio-esclerose ; em uma época já bastante adiantada da molestia, a asthma póde ser mixta e tomar alternativamente os caracteres das duas fórmas que assignalamos.

Uma outra variedade das desordens do apparelho respiratorio é relativa ao emphysema pulmonar.

Este emphysema offerece tambem caracteres muito particulares. Elle não resulta, como os emphysemas de origem cardiaca, do augmento de tensão na pequena circulação.

Tributario do processo morbido geral — arterio-esclerose, elle nasce directa e expontaneamente de uma dystrophia do pulmão, produzida pela endarterite ou endo-periarterite dos seus vasos e dos vasos bronchicos. Elle é, pois, primitivo e não secundario, constitucional e não mechanico.

Estas differenças não param porém aqui ; ellas estendem-se ainda pelo terreno clinico. No emphysema puramente mechanico todo o perigo

reside no augmento de tensão da pequena circulação, caracterisado pelo retumbamento diastolico á esquerda do esterno ou no foco pulmonar; no emphysema constitu ional, ao contrario, o perigo reside antes no augmento de tensão da grande circulação, caracterisado pelo retumbamento diastolico á direita do esterno ou no foco aortico. Taes são os differentes phenomenos respiratorios por que se manifestam as cardiopathias arteriaes.

Passemos agora ao estudo das desordens que estas molestias apresentam, para o lado do apparelho cardio-vascular.

Estas desordens affectam caracteres muito variaveis e podem ser divididas em cinco especies principaes, que representam respectivamente cinco fórmas clinicas das cardiopathias arteriaes. São estas : anginosas, arythmicas, tachycardicas, bradycardicas e asystolicas. De todas ellas, as primeiras constituem uma das mais frequentes, mais graves e mais caracteristicas. Pódem offerecer todas as nuanças e todos os gráos imaginaveis, desde a angina do peito a mais severa, que condemna o paciente a uma vida verdadeiramente miseravel, toda atormentada por violentos paroxismos dolorosos e terriveis inquietações e receios, até os pequenos accessos anginosos, que apenas determinam um ligeiro incommodo de occasião e desapparecem sem deixar vestigios. Ordinariamente, é sob esta ultima fórma que se inicia a angina do peito.

Os seus accessos são, a principio, ligeiros, fugazes, espaçados uns dos outros por largos intervallos e sem consequencias notaveis para as funcções da economia ; mais tarde, porém, á proporção que se repetem, vão ganhando em intensidade e duração e approximando-se cada vez mais uns dos outros, até tornar-se, em certos casos, quasi subintrantes ou mesmo subintrantes, e de uma violencia assombrosa. Em todo o caso, quer se trate da angina do peito grave, quer se trate da angina do peito branda, o caracter do accesso é sempre o mesmo. Quasi nunca elle vem acompanhado de phenomenos precursores ou premonitorios ; a sua apparição faz-se, subita e inopinadamente, no meio da saúde, apparentemente, a mais perfeita.

De um momento para outro (e quasi sempre por occasião da marcha, de uma emoção, de uma fadiga ou de um esforço qualquer) o doente experimenta, na região do coração, uma dòr pungente, angustiante e constri-

ctiva, que se póde irradiar em diversos sentidos — para o pescoço, para a face, para os braços, para os ramos extracardiacos do pneumogastrico, para o trajecto dos nervos intercostaes e diaphragmaticos, ou mesmo para a região hypogastrica e para as côxas. Estas irradiações apparatosas não são, entretanto, caracteristicas da verdadeira angina do peito.

N'esta, a dôr é quasi sempre fixa em um ponto, e, geralmente, só se irradia para o braço esquerdo, tornando os dedos entorpecidos e a pelle da mão pallida e exangue. Quando o accesso é violento a sensação de angustia e de constricção que acompanha a dôr, é das mais terriveis ; e o doente, pallido, aterrado, muitas vezes coberto de um suor frio e viscoso, sem poder proferir uma syllaba nem articular um gemido, mantem-se inteiramente immovel, esperando, com anciedade extrema, o termo dos seus soffrimentos, que lhe dão a sensação pavorosa da vida que se extingue. E' como uma pausa da vida, dizia Elsner, para exprimir esta sensação de angustia extrema de morte imminente, que caracterisa o accesso anginoso. Ordinariamente este dura pouco : no fim de alguns segundos ou de alguns minutos, o doente faz umas duas ou tres inspirações profundas, a sua face retoma a serenidade e a calma, e o accesso termina, deixando algumas vezes como consequencias de sua passagem ligeiro entorpecimento do braço esquerdo, abundante emissão de urina, algumas eructações gazosas e grande lassidão.

Tal é em seus traços mais geraes o accesso completo da angina do peito. Frequentemente elle vem acompanhado de certas desordens visceraes importantes, que devem ser grupadas ao lado das manifestações da dôr irradiada, e que representam as diversas synergias morbidas do pneumogastrico. Antes de descrevel-as, vamos porém estudar a séde da dôr, os seus caracteres e as diversas attitudes apresentadas pelos doentes durante a crise anginosa. A séde da dôr é quasi sempre á esquerda do esterno, ou mais precisamente ainda, na união do terço superior com os dois terços inferiores d'este osso. Esta localisação póde, entretanto, variar : algumas vezes, a dôr occupa a extremidade inferior do esterno, outras vezes, o seu bordo direito, ou mesmo a ponta do coração, ao nivel do quarto ou do quinto espaço intercostal, finalmente, a dôr, em logar de

ter um começo central, póde ter um começo peripherico e iniciar-se, á maneira de um aura, pelo braço, pela espadua ou pela face. Os caracteres da dôr são sempre os mesmos, ella é angustiante e constrictiva, como já dissemos.

Os doentes comparam-n'a a um peso enorme, a uma compressão extremamente violenta, tendendo a approximar a parede thoraxica da columna vertebral, a um esmagamento do esterno, ou finalmente, a um cinto ou mão de ferro apertando o peito.

As attitudes offerecidas pelos doentes são variaveis.

Alguns mantêm-se de pé com o corpo inclinado para a frente ou para traz.

Outros abaixam-se, e ficam apoiados nos joelhos e nos cotovellos durante todo o accesso.

Finalmente, certos doentes, para encontrar algum allivio, elevam os braços ou comprimem o peito contra um corpo qualquer.

Quanto ás perturbações visceraes que acompanham a crise, ellas podem manifestar-se para o lado dos apparelhos, circulatorio, respiratorio e digestivo.

Sobre as desordens do apparelho digestivo já tivemos occasião de fallar na descripção succinta que fizemos do accesso.

Ellas consistem, sobretudo, na flatulencia, nas vomiturações, nas eructações gazozas, e pódem apparecer tanto antes como depois do accesso.

As desordens que se passam para o lado do apparelho circulatorio são muito mais importantes e variaveis.

Na grande maioria dos casos, observa-se um retardamento notavel dos batimentos cardiacos, que pódem baixar até á cifra de 40,30 ou mesmo 20 por minuto. Outras vezes produz-se um phenomeno diametralmente opposto e o coração, ao mesmo tempo, póde ser a séde de violentas palpitações, ou de uma arythmia pronunciada. Um phenomeno, porém, importantissimo que se observa em grande numero de accessos anginosos é a pequenez extraordinaria de um ou de ambos os pulsos radiaes e sobretudo do radial esquerdo, que se póde tornar quasi imperceptivel ou mesmo desapparecer inteiramente. Este phenomeno póde ser anterior ou contemporaneo ao accesso, e deve ser referido a um espasmo exaggerado

das arterias radiaes. Igual espasmo realisa-se tambem em todos os outros departamentos do organismo, e d'ahi, a elevação subita da pressão arterial que se produz em quasi todos os accessos anginosos, e que constitue sempre um phenomeno perigoso, pela facilidade com que póde determinar um esgotamento rapido das forças do myocardio, já lesado, em sua nutrição intima, pela deficiencia de sua irregação sanguinea.

Observa-se principalmente este ultimo facto, nos casos de mal anginoso, quando os accessos brilham uns atraz dos outros, quasi que sem interrupção. Finalmente, ao lado de todas estas desordens do apparelho circulatorio, precisamos ainda reunir a *ectasia aortica* que constantemente acompanha a angina do peito. Esta ectasia é a principio simplesmente passageira. Mais tarde, porém, ella determina uma insufficiencia funccional do orificio aortico, insufficiencia esta, que póde, finalmente tornar-se organica pelos progressos da molestia. Observa-se, então, um sopro diastolico persistente á direita do externo.

Quanto ás desordens do apparelho respiratorio, a mais importante de todas é sem duvida a apnéa.

O doente instinctivamente retem os movimentos respiratorios, para minorar, de alguma sorte, a dòr intensa, paroxistica, que lhe constringe a base do peito.

A esta apnéa ligam-se ás vezes outras desordens, como sejam—o edema agudo do pulmão, as congestões, as hemoptises, etc., as quaes devem ser antes consideradas como complicações possiveis do accesso. O mesmo póde dizer-se da dyspnéa, que, segundo Huchard, deve ser inteiramente eliminada da symptomatologia da angina do peito.

Até aqui só nos temos referido aos accessos completos de stenocardia; nem sempre, porém, estes accessos apresentam-se com todo o apparato que assignalámos. Muitas vezes elles são incompletos, attenuados ou esboçados : ora, todo o accesso é constituido pela dòr rectro-esternal ou cardiaca, sem irradiação de especie alguma ; ora, a dòr limita-se unicamente ao braço esquerdo,e, então, o accesso só é reconhecido pela sensação de anciedade ou de desfallecimento caracteristico ; ora, toda sensação dolorosa falta e o accesso caracterisa-se por uma angustia inexprimivel, por um estado syncopal, por uma suffocação imminente, ou por violentas palpitações acompanhadas de anciedade precordial.

Finalmente, a angina do peito póde ter, em certos casos, uma séde epigastrica e manifestar-se durante muito tempo por accessos de gastralgia, acompanhados de flatulencia, de dilatação do estomago, de erutacções etc.

Trata-se então da pseudo-gastralgia anginosa, fórma esta que varias vezes já tivemos occasião de observar.

*

Do mesmo modo que a angina do peito, a *arythmia* figura tambem como uma das manifestações frequentes das cardiopathias arteriaes.

Algumas vezes a arythmia apresenta-se com uma physionomia explosiva e brutal, sob a fórma de accessos caracterisados por um perfeito estado de loucura do coração, por batimentos cardiacos precipitados, desiguaes e numerosissimos.

Estes accessos brilham de tempos em tempos, sem obedecer a nenhuma regra, tanto no que diz respeito á sua duração como ao intervallo que os separa. Outras vezes a arythmia não é nem paroxistica nem temporaria, mas permanente, e, n'estas condições, póde perfeitamente constituir uma desordem desconhecida pelo doente e uma sorpreza de auscultação para o clinico.

Esta fórma de arythmia apresenta uma importancia toda particular, porque, quasi sempre, é symptomatica da arterio-esclerose cardiaca. Mezes e mesmo annos, ella póde existir como phenomeno indifferente, sem que o myocardio, cuja historia intima ella traduz silenciosamente, manifeste os seus soffrimentos por outras desordens mais patentes e mais graves.

Em um momento dado, porém, sob a influencia de uma causa, ás vezes bem insignificante, elle é profundamente ferido na intimidade do seu funccionalismo, e declaram-se, rapidamente, os mais graves phenomenos da ruptura de compensação.

Tal é o caracter traiçoeiro, explosivo e latente, que já varias vezes tivemos occasião de assignalar, como a feição mais distincta das cardiopathias arteriaes. Nem todas as arythmias, porém, correm por conta da

arterio-esclerose. Algumas ha de origem nervosa ou funccional, taes como as que apparecem entre os dyspepticos, os nevropathas, os tabagistas etc.

Estas ultimas, entretanto, são muito menos frequentes do que as primeiras, e a razão d'este facto apresenta-se-nos perfeitamente clara, se considerarmos que o rythmo dos movimentos do coração é, antes de tudo, uma propriedade inherente a este musculo, e, por consequencia, muito mais difficil de ser alterado nos casos em que o myocardio não é directamente affectado, do que nos casos contrarios ou quando ha arterio-esclerose cardiaca.

*

Uma outra variedade das manifestações clinicas das cardiopathias arteriaes é relativa a *tachycardia*. Esta desordem caracterisa-se por uma acceleração notavel dos batimentos cardiacos ou das pulsações radiaes, que se podem elevar até á cifra de 140, 150 ou mesmo 160 por minuto.

A tachycardia póde ser permanente ou transitoria.

N'este ultimo caso ella manifesta-se por accessos, de uma duração variavel, acompanhados, muitas vezes de violentas palpitações, de pronunciada arythmia, ou de uma sensação de angustia, de tal sorte grave, que inspira ao doente o receio de uma morte imminente. Apaziguada esta tormenta, o pulso volta inteiramente ao seu estado normal ou só retoma a sua regularidade, nos casos em que a arythmia é permanente. Apos varios mezes de intervallo, os mesmos accessos apparecem com a mesma intensidade ou com uma intensidade ainda maior.

*

Ao lado da tachycardia devemos collocar a *bradycardia*, que se caracterisa por uma lentidão extraordinaria das pulsações radiaes, que pódem baixar até a cifra de 30, 20, 10 ou mesmo 5 por minuto.

Esta lentidão do pulso manifesta-se ordinariamente por accessos, mais ou menos afastados uns dos outros e que se complicam quasi sempre de accidentes syncopaes, epileptiformes ou pseudo-apopleticos, constituindo o conjuncto clinico denominado por Huchard — *molestia de Adams ou de Stokes-Adams.*

Estes accessos são muitas vezes annunciados por sensações no epigastro, no pescoço ou na cabeça, as quaes apresentam muita similhança com o aura-epileptico.

Em certos casos ligeiros, o accesso é apenas constituido por uma incerteza na marcha, por uma lipothymia rapida ou por uma sensação de máo estar indefinivel, que póde durar cêrca de quinze ou trinta minutos.

Nos casos graves, porém, o accesso póde declarar-se subitamente por uma apoplexia seguida de coma e de respiração estertorosa, ou por uma syncope prolongada, de uma duração de cinco ou dez minutos, acompanhada muitas vezes de movimentos espasmodicos.

Segundo o professor Stokes (de Dublin), os primeiros accessos começam geralmente pela fórma syncopal, emquanto que mais tarde é a fórma pseudo-apopletica que predomina. Não é porém a lentidão, o unico phenomeno interessante que se passa para o lado do pulso, durante estes accessos.

Além de lento, o pulso póde apresentar-se fraco, irregular, intermittente, e offerecer, muitas vezes, um caracter todo particular de *replação*, pela primeira vez assignalado por Stokes.

Quanto á pathogenia de todas estas desordens, acredita Stokes que ellas corram por conta de uma degenerescencia graxa do coração.

Para nós, a sua genesis é complexa, e não só levamos em conta a alteração do myocardio, como tambem a esclerose disseminada pelos centros encephalicos e sobretudo bulbares e ainda á entoxicação uremica devida a um certo grau de impermeabilidade renal.

*

Para completarmos o nosso estudo, precisamos por fim lembrar os phenomenos de *asystolia* ou *cardiectasia*, que apparecem frequentemente no curso das cardiopathias arteriaes.

Como dissemos em nossa introducção, o myocardio, n'estas molestias, acha-se, a todo momento, em imminencia morbida de dilatação ou asystolia, o que se comprehende perfeitamente, em razão da degenerescencia facil e rapida que elle póde experimentar, consequencia inevitavel dos obstaculos á sua irrigação sanguinea.

Sobrevem uma causa ligeira no curso de uma cardiopathia arterial, uma simples bronchite, por exemplo, uma emoção, algumas perturbações digestivas, um pouco de *surmenage* cerebral ou physica, e logo, em poucos dias ou mesmo em poucas horas, o coração se enfraquece, as suas contracções tornam-se irregulares, a sua matidez transversal augmenta, a sua ponta bate fóra da linha mamillar, um sopro systolico doce e diffuso apparece no orificio mitral, emfim uma verdadeira crise de asystolia se declara.

Esta asystolia, como vemos, apresenta-se aqui com todos os caracteres de um phenomeno francamente agudo, e sob uma forma explosiva e brutal, que não se encontra no mesmo grão nas cardiopathias de origem valvular. N'estas ultimas, a asystolia quasi que póde ser prevista com plena segurança, e se mede sempre pelo cortejo ordinariamente lento e successivo de todos os signaes da *asthenia cardio-vascular*, taes como os edemas periphericos, a ascite, as congestões visceraes passivas etc.

Aqui, pelo contrario, é a asystolia a mais aguda, que brilha de uma maneira subita, imprevista e algumas vezes mesmo fulminante.

Ella póde, como nas cardiopathias valvulares, acompanhar-se de hydropisias periphericas e visceraes, mas tambem póde declarar-se sem nenhum d'estes phenomenos, e entretanto, não deixa de ser uma asystolia no verdadeiro sentido da palavra, porque o coração se enfraquece, succumbe, perde a energia natural de suas systoles.

No primeiro caso, a asystolia é realisada pelo abaixamento da tensão arterial, pelo enfraquecimento progressivo do myocardio e da contractibilidade dos vasos, e traduz-se, em uma palavra, por uma *asthenia cardio-vascular*.

No segundo, pelo contrario, é o exaggero da contractibilidade dos vasos que predomina, é a hypertensão arterial, é o coração peripherico que, retumba sobre o coração central, é finalmente o espasmo vascular que, augmentando subitamente as resistencias periphericas da circulação, obriga o coração central a um excesso de trabalho, ao qual elle succumbe, porque já de ha muito é alterado em sua estructura intima, pelas lesões insidiosas e latentes da arterio-esclerose.

Como se vê, a differença é grande entre estas duas especies de asystolias, consideradas sob o ponto de vista clinico. Sob o ponto vista therapeutico, a differença não é menor. Em ambas estas asystolias, a medicação tem por fim manter o equilibrio roto das duas tensões vasculares. Mas, na primeira, trata-se de levantar a tensão arterial enfraquecida; na segunda, pelo contrario, deve-se abaixal-a; n'aquella, os tonicos do coração e dos vasos, a digitalis e os principaes medicamentos cardio-vasculares constituem a base da therapeutica; n'esta, pelo contrario, são os agentes vaso-dilatadores ou depressores da tensão arterial que devem ser empregados.

OBSERVAÇÃO N. 1

SERVIÇO CLINICO DO PROFESSOR CARLOS DE VASCONCELLOS

Cardiopathia arterial: — Accessos de stenocardia e congestão pulmonar. Morte por syncope. Autopsia.

9ª enfermaria — Leito n. 3

M. S. M., portuguez, trabalhador, com 54 annos de idade, entrou para a 9ª enfermaria no dia 3 de Junho de 1891. Refere que seu pai, homem sadio, de constituição forte, morrera subitamente de um ataque, que sua mãe ainda é viva e que soffre de um incommodo uterino bastante antigo.

Accusa antecedentes syphiliticos, é alcoolista, tem tido accessos de polyuria e frequentes escarros sanguinolentos.

Segundo refere, ha uns seis mezes, pouco mais ou menos, tem experimentado falta de ar durante o seu trabalho, palpitações e alguns accessos dolorosos no coração.

Estes incommodos foram progredindo sempre, até que se tornaram de tal sorte insupportaveis, que o obrigaram a procurar o hospital.

Quando vimos o doente pela primeira vez, elle achava-se muito inquieto no leito e sob a influencia de uma crise dyspneica bastante intensa.

Os membros inferiores apresentavam um edema perimalleolar pouco pronunciado; a lingua era ligeiramente saburrosa, o figado um pouco augmentado e sensivel á pressão, e as urinas continham albumina.

No apparelho respiratorio encontrámos ligeira matidez na parte postero-superior de ambos os pulmões e enfraquecimento notavel do murmurio vesicular, sobretudo no apice do pulmão direito.

O pulso era duro, serrado, e o coração manifestamente hypertrophiado, batendo a sua ponta no sexto espaço intercostal.

Pela auscultação, não pudemos perceber nenhum sopro em nenhum dos orificios, nem o roido de galope, mas a segunda bulha aortica era francamente clangorosa.

Prescreveu-se-lhe, no dia da entrada, um drastico, seis ventosas sarjadas na parte posterior de ambos os pulmões e, em seguida, embrocação de oleo de croton.

No dia seguinte, o doente achava-se mais ou menos no mesmo estado e, além d'isto queixava-se de uma dor fortissima na região precordial, a qual o obrigava a manter-se sentado, inteiramente quieto. Prescreveu-se-lhe a dieta lactea exclusiva e um gramma de iodureto de potassio por dia.

Dia 5— O doente apresenta-se extremamente pallido, tem o pulso irregular e enfraquecido e refere ter experimentado durante a noite um accesso fortissimo e prolongado de angina do peito. Prescreveu-se-lhe, n'este dia, 60 centigrs. de cafeina, á tarde, e uma injecção de morfina, de que elle não chegou a fazer uso.

Quando entrámos na enfermaria, ás 4 horas da tarde, já encontrámos o doente morto. Referio-nos um seu visinho de cama que, momentos antes, elle fallecera subitamente, no meio de um accesso de stenocardia.

Autopsia— Pulmões congestos, augmentados de volume e pesando, o direito 680 grams. e o esquerdo 652.

Aórta— Dilatada, com placas atheromatosas duras e calcareas. Arterias coronarias endurecidas, atheromatosas e apresentando os orificios bastante estreitados.

Coração— Hypertrophiado, com os musculos papillares muito desenvolvidos e rijo ao córte.

Valvulas — Normaes, excepto as aorticas que se acham um pouco deformadas.

Figado — Volumoso, pesando 2050 grams.

Rins — Avermelhados e resistentes ao córte.

OBSERVAÇÃO N. 2

SERVIÇO CLINICO DO PROFESSOR CARLOS DE VASCONCELLOS

Cardiopathia arterial: Accessos nocturnos de dyspnéa, bronchite assystolia—Morte or uremia — Autopsia.

9ª enfermaria. — Leito n. 5

V. M. da C., carpinteiro, com 50 annos de idade entrou para o Hospital no die 30 de Junho. Nenhum dado fornece a respeito dos seus antecedentes hereditarios.

Já teve febres intermittentes, mas nunca abusou do alcool e nunca teve syphilis, nem rheumatismo, nem outras molestias chronicas.

Refere que ha muito tempo não póde deitar-se do lado esquerdo e que tem sempre urinado abundantemente, tanto de dia, como de noite, porém muito mais de noite. Tem tido dyspnéa do esforço e, ultimamente, verdadeiros accessos de suffocação, que lhe apparecem expontaneamente durante a noite acompanhados ao mesmo tempo de fortes dores no peito. O doente não tem edema, nem albumina nas urinas, mas apresenta uma atheromasia bastante adiantada de todas as arterias superficiaes. As arterias subclavias acham-se elevadas.

O coração hypertrophiado bate fortemente no sexto espaço intercostal e dá a impressão tactil do ruido de galope, que é confirmado pela escuta.

No orificio aortico ensontramos a primeira bulha um pouco aspera ou rugosa e a segunda um pouco clangorosa. Nenhuma anormalidade apresentam os apparelhos respiratorio e digestivo. Prescreve-se-lhe ;

Infuso de lupulo............	120	grs.
Iodureto de potassio.........	2	grs.
Xarope de CC de laranjas.....	30	grs.

Para tomar em tres dóses.

Sob a influencia d'esta alta dóse de iodureto de potassio, o doente experimenta consideraveis melhoras. A sua dyspnéa paroxistica nocturna á não o incommoda tanto e, até ao dia 11, as dores anginosas apresentão-se muito attenuadas.

No dia 11 encontramos o doente muito agitado, dyspneico e com tosse frequente. A temperatura axilar marca 39°, o pulso é frequente, irregular, e as urinas, tratadas pelo reativo pricro-acetico, revelam traços bem salientes de albumina. Pela auscultação encontramos a respiração bastante difficil e estertores sibilantes e catarrhaes disseminados por ambos os pulmões. A' hora da visita prescreve-se-lhe :

Julepo gommoso............	120	grs.
Kermes mineral.............	25	centigrs.
Sulfato de morfina..........	25	milligrs.
Xarope de Tolú.............	30	grs.

Para tomar uma colher de sopa de duas em duas horas.

Mais :

Sulfato de qq...............	1	gr.

Para tomar em duas dóses.

O estado do doente vai se aggravando sempre a partir d'este dia. As suas urinas vão se tornandoescassas e cada vez mais albuminosas, um edema invade-lhe os membros inferiores, as bases dos pulmões se congestionam e, no dia 17, o doente expira depois de um violento accesso de suffocação.

Authopsia— Pulmões edemaciados, augmentados de volume, pesando, o direito 695 grammas e o esquerdo 678.

Coração— Hypertrophiado pesando sem coagulos 590 grammas, e deixando ver, pela secção numerosos orificios abertos, das pequenas ramificações das arterias coronarias, duras e esclerosadas.

Valvulas— Normaes, excepto as aorticas, que se acham deformadas e insuficientes.

Aorta— Dilatada e atheromatosa.

Figado — Volumoso e rijo ao córte.

Baço — Ligeiramente augmentado de volume e tambem um pouco resistente á secção.

Rins — Avermelhados e duros ao córte. O direito pesa 170 grammas e o esquerdo 182.

OBSERVAÇÃO N. 3

(SERVIÇO CLINICO DO PROFESSOR CARLOS DE VASCONCELLOS

Cardiopathia arterial: Asystolia, dyspnéa. Morte por uremia. Autopsia.

9ª enfermaria. — Leito n. 33

J. J. A. de P., cosinheiro, com 48 annos de idade, entrou para a 9ª enfermaria no dia 26 de Junho.

Os seus antecedentes hereditarios são negativos. Não tem antecedentes syphiliticos nem rheumatismaes. Ha tres mezes pouco mais ou menos que tem experimentado violentas palpitações e dyspnéa que se manifesta por accessos. Refere que esta dyspnéa tem progredido sempre e que ao mesmo tempo, um edema tem invadido os seus membros inferiores. No dia em que entrou para o Hospital, elle achava-se em franca asystolia, tinha a face pallida cyanosada, grande oppressão, batimentos tumultuosos das arterias cervicaes e o pulso francamente atheromatoso. As urinas eram albuminosas e as duas bases dos pulmões achavam-se congestionadas. O coração enormemente hypertrophiado batia no setimo espaço intercostal e apresentava um sopro systolico bem manifesto nos orificios mitral e tricuspide.

Prescreveu-se-lhe :

Digitalis em pó.................. 1 gr.
Agua fervendo.................. 150 grs.

Infunda, coe e ajunte :

Tintura de canella................ 4 grs.
Xarope de cascas de laranja........ 30 grs.

Para tomar uma colher de sopa de duas em duas horas.

Sob a influencia desta medicação, o doente melhorou um pouco no primeiro, segundo e terceiro dias, porém, no quarto dia morreu rapidamente por accidentes complexos de asystolia e uremia.

Autopsia: Pulmõ s edemaciados e muito pesados; liquido na cavidade pleuritica.

Coração — Volumoso, duro, pesando 810 grammas e apresentando um espessamento notavel da parede ventricular esquerda.

Orificios — Mitral e tricuspide dilatados.

Aorta — Apresenta uma atheromasia muito adiantada.

Figado — A hypertrophiado e resistente ao córte.

Rins — Vermelhos, granulosos e endurecidos.

OBSERVAÇÃO N. 4

SERVIÇO CLINICO DO PROFESSOR CARLOS DE VASCONCELLOS

Cardiopathia arterial: Accessos de angina do peito. Tratamento pelo iodureto de potassio. Melhora notavel.

9ª enfermaria — Leito n. 6

J. C., allemão, com 48 annos de idade, entrou para a 9ª aenfermaria no dia 6 de Maio. Desconhece inteiramente os seus antecedentes hereditarios. Relativamente a antecedentes pessoaes, refere que se tem entregado a alguns excessos alcoolicos, porém nunca teve molestias que o prostrassem por muito tempo no leito. Afóra certas perturbações digestivas ligeiras ou uma bronchite, de tempos em tempos, a sua saude sempre tem sido bôa.

Segundo refere, a sua molestia data verdadeiramente de uns quatro mezes.

De então para cá, já teve duas epistaxes bem abundantes e tem experimentado fortes palpitações e oppressão durante o trabalho. Não são estes, porém, os incommodos que o obrigaram a procurar o hospital. Do que mais se queixa, é de uma sensação de barra ou de compressão thoracica, semelhando uma forte mão de ferro que lhe aperta fortemente o peito. Este soffrimento a principio apparecia-lhe só por occasião de algum esforço muscular, porem agora é espontaneo, manifesta-se por accessos e colloca-o na impossibilidade de trabalhar.

Taes são os dados anamneticos fornecidos pelo doente. Trata-se de um individuo de organisação robusta. Nenhum edema apresenta nos membros inferiores. As suas urinas são claras e, tratadas pelo reactivo picro-acetico, não revelam o menor traço de albumina. O doente queixa-se

de constipação ; a sua lingua acha-se ligeiramente saburrosa e o abdomem um pouco duro á palpação. Nenhum phenomeno anormal encontra-se no apparelho respiratorio. O pulso é um pouco forte, vibrante e concentrado. O coração, hypertrophiado, bate no sexto espaço intercostal e apresenta um caracter impulsivo bem notavel. Nenhum sopro encontra-se nos orificios; entretanto, na ponta, percebe-se claramente o ruido de galope e, na base, a segunda bulha aortica é retumbante e tympanica.

No dia 7, prescreve-se-lhe um purgativo de sulfato de sódio e, no immediato, 1 gramma diario de iodureto de potassio, sob a seguinte fórmula :

Infuso de lupulo.....	120 grs.
Iodureto de potassío.............	1 gr.
Xarope de casca de laranjas........	30 grs.

Para tomar em 3 dóses.

O iodureto de potassio foi administrado com todo o rigor até 29 de Maio, dia em que houve necessidade de ser substituido por uma poção kermetisada, porque o doente apresentou-se com uma bronchite diffusa. E' de notar-se que, até essa data, elle só teve dois accessos violentos de angina do peito, os quaes se effectuaram um no dia 9, á tarde, e o outro no dia 17 ás 8 1.2 da manhã e em nossa presença. A bronchite trouxe uma ligeira recrudescencia dos phenomenos anginosos, porém, no dia 14 de Junho, desappareceu inteiramente e o doente voltou de novo ao iodureto. Sob a influencia d'este medicamento, os accessos anginosos foram-se attenuando progressivamente até desapparecer de todo no dia 9 de Julho. Finalmente, a 6 de Agosto, o doente, sentindo-se inteiramente bom, retirou-se do hospital.

OBSERVAÇÃO N. 5

SERVIÇO CLINICO DO PROFESSOR CARLOS DE VASCONCELLOS

Cardiopathia artherial : Accessos asthmaticos, arythmia, tachycardia — Tratamento pelo iodureto de potassio. Sensiveis melhoras.

9ª enfermaria.—Leito n. 4

J. R. de S., brazileiro, alfaiate, com 40 annos, entrou para a 9ª enfermaria no dia 1º de Maio. Nada soube dizer a respeito dos seus antecedentes hereditarios. Nunca teve syphilis, porém abusava manifestamente do alcool, o que se conhecia pelo desenvolvimento notavel dos vasos do nariz e pelo tremor particular das mãos. Ha muito tempo que sentia ligeiras dores nas pernas, formigamentos, phenomenos de syncope e asphixia das extremidades.

Tinha tido accessos de polyuria e, ultimamente palpitações violentas e accessos de oppressão, que lhe appareciam quasi todas as tardes.

Os membros inferiores apresentavam ligeira infiltração edematosa e varices muito desenvolvidas.

As urinas eram claras e albuminosas. Nenhum phenomeno anormal encontrava-se no apparelho digestivo, a lingua era boa e o figado não excedia o rebordo das falsas costellas. Pela escuta, notava-se que a respiração era sibilante, difficil, francamente asthmatica.

O pulso era pequeno, muito apressado e bastante irregular. A area da matidez cardiaca achava-se um pouco augmentada transversalmante. O choque precordial era pouco sensivel, de sorte que não se pódia perceber bem onde batia a ponta. Não havia sopro em nenhum dos orificios.

Na base, as duas bulhas diastolicas eram bastante accentuadas; sobretudo a segunda bulha aortica.

O doente accusava grande oppressão e achava-se muito inquieto no leito. Este estado acalmou-se com uma injecção de 2 centigrs. de sulfato de morphina.

A' hora da visita prescreveu-se-lhe :

Infuso de lupulo..........................	120	grs.
Iodureto de potassio........................	1	gr.
Xarope de CC de laranjas.....................	30	grs.

Para tomar em 3 dóses.

Sob a influencia d'esta medicação, os accessos de oppressão foram desapparecendo progressivamente, e, após dois mezes e dez dias de tratamento, o doente retirou-se do hospital consideravelmente alliviado e com uma quantidade minima de albumina nas urinas.

TERCEIRA PARTE

Sabemos que as cardiopathias arteriaes se caracterisam durante a maior parte de sua evolução pela hypertensão arterial e que esta hypertensão corre por conta de um estado espasmodico do systema vascular ou das lesões generalisadas da arterio-esclerose.

Estabelecidas estas noções, vemos que a indicação fundamen ta n'estas molestias consiste em abaixar-se a tensão arterial e que, em seu tratamento, não só se deve ter em vista a constricção vascular, como tambem as lesões materiaes ou pathologicas da arterio-esclerose.

Ora, estas indicações, para serem amplamente preenchidas, requerem o concurso simultaneo de dois factores — a therapeutica e a hygiene.

Dividimos, pois, o tratamento das cardiopathias arteriaes, em tratamento hygienico e tratamento medicamentoso. O tratamento hygienico refere-se sobretudo ás profissões, ao meio de vida, ao regimen alimentar etc.

Elle é extremamente importante e póde ser formulado nos seguintes ermos:

Devem evitar-se as profissões que requeiram grande dispendio de forças, as fadigas, as emoções fortes, os trabalhos intellectuaes exaggerados, emfim a *surmenage* sob todas as suas fórmas, os excessos de mesa, o abuso de uma alimentação muito rica em principios azotados e extractivos, as bebidas alcoólicas fortes e, finalmente, certas substancias excitantes, como o café, o chá, o tabaco etc.

Deve dar-se preferencia a uma alimentação mixta, facilmente digestiva, composta principalmente de carnes brancas e legumes frescos, da qual faça parte uma certa quantidade de leite, que, alem de poderoso alimento, tem a vantagem de assegurar a diurese.

Em certos casos, quando a plenitude vascular torna-se exaggerada, é necessario prescrever-se um regimen secco mitigado. Finalmente, as

funcções da pelle devem ser estimuladas por meio dos banhos, das loções frias e das fricções excitantes sobre os membros, praticadas regularmente todas as manhãs.

O tratamento medicamentoso é preenchido pelos diversos agentes da medicação arterial, d'entre os quaes uns produzem simplesmente a vaso-dilatação, deprimindo a tensão arterial, outros, não só combatem a vaso-constricção, como tambem resolvem as lesões materiaes ou pathologicas da arterio-esclerose.

Ao primeiro grupo, pertencem principalmente a nitroglycerina e os nitritos de amyla e de sodio ; ao segundo grupos os iodurelos de potassio e de sodio.

Comecemos pela nitroglycerina.—Esta substancia, tambem chamada trinitrina por Berthelot, deve ser administrada logo que appareçam os primeiros signaes de hypertensão vascular.

Ordinariamente, emprega-se a tintura ou solução alcoolica ao centesimo, na dóse de duas gottas por dia ou de duas colheres de sôpa, da seguinte fórmula :

Agua distillado...........................	300 grs.
Solução alcoolica de trinitrina a 0,01.......	30 gottas

Essa dóse póde ser elevada até dez colheres por dia, e, segundo aconselha Huchard, o medicamento só deve ser administrado durante os dez ultimos dias de cada mez, sendo os vinte primeiros consagrados ao uso dos ioduretos.

Nitrito de amyla.—Este medicamento possue exactamente as mesmas propriedades da trinitrina. Elle abaixa a tensão arterial, dilatando os vasos periphericos, favorece a circulação intra-myocardica e augmenta a energia contractil do coração pela diminuição das resistencias periphericas. O seu emprego é sobretudo reservado para os casos, em que se deseja obter uma depressão prompta da tensão arterial, ou, mais particular mente ainda, para os accessos de stenocardia, sobre os quaes o nitrito de amyla tem acção quasi que instantanea. Administra-se este medicamento na dóse de 2 a 10 gottas, que se deitam em um lenço para o doente aspirar.

Elle tambem póde ser prescripto em injecções subcutaneas, na dóse de quatro meias seringas de Pravaz por dia, na seguinte solução, proposta por Huchard.

Agua distillada.................... 10 grs.
Nitrito de amyla.................. 40 gottas

Quanto ao nitrito de sódio, emprega-se na dóse diaria de 15 a 20 centigrs.

Elle é particularmente recommendado por Mattheu Hay para o tratamento da angina de peito, mas o seu uso deve ser bastante restricto, em virtude da acção toxica que elle exerce sobre os globulos vermelhos do sangue.

Ioduretos de potassio e sodio.— São estes os agentes fundamentaes da medicação cardio-arterial. Elles acceleram a circulação peripherica, activam a nutrição dos orgãos, abaixam a tensão arterial, reabsorvem os exudatos pathologicos e apresentam emfim uma acção resolutiva das mais energicas sobre o tecido escleroso e sobre as paredes vasculares. Preenchem pois todas as indicações do tratamento das cardiopathias arteriaes, tanto no primeiro periodo ou arterial, como no segundo ou cardio-arterial. Entretanto, para que se possa obter dos ioduretos todos os resultados que elles são capazes de dar, é preciso, em primeiro logar, que sejam administrados desde o primeiro periodo das cardiopathias arteriaes, emquanto estas molestias são ainda simplesmente constituidas pela hypertensão arterial ; e em segundo logar, que o tratamento seja continuado com toda a perseverança durante bastante tempo. Além d'isto, segundo Huchard, a escolha do medicamento não é indifferente. Todas as vezes que se resolver lançar mão do uso prolongado da medicação iodurada, aconselha elle que se prefira o iodureto de sodio ao iodureto de potassio, não só porque aquelle é mais tolerado pelas vias digestivas e expõe menos aos accidentes do iodismo, como tambem porque os saes de potassio, longamente administrados, podem accumular-se no organismo e trazer phenomenos de intoxicação cardiaca ou de toda a economia.

Estas razões não deixam de ter o seu valor; comtudo, contra ellas, oppõe-se a energia therapeutica do medicamento que, segundo Dujardin

Beaumetz e a maioria dos clinicos, é em favor do iodureto de potassio. Preferimos pois este ultimo, todas as vezes que o doente toleral-o bem, e quanto aos perigos de intoxicação, removemol-os perfeitamente, estabelecendo todos os mezes uma ligeira interrupção do medicamento.

No primeiro periodo das cardiopathias arteriaes, os ioduretos devem ser administrados na dóse de 15 a 25 centigrs., e nas dóses de um, dois ou tres grammas, quando se manifestarem todos os signaes francos da localisação cardiaca da arterio-esclerose. Para corrigir a intolerancia que apresentam certos doentes, Huchard aconselha que se associe ao iodureto um pouco de arsenico ou de extracto thebaico. Pode-se tambem corrigil-a administrando o medicamento com uma certa quantidade de leite ou na hora das refeições, ou á noite, com um granulo de atropina, que impede a sua eliminação pelas mucosas.

Além disto, os induretos só devem ser administrados durante os vinte primeiros dias de cada mez, sendo a sua acção vaso-dilatadora entretida nos dez dias restantes pela solução alcoolica de trinitrina de que já fallámos. Esta pratica, como já dissemos, tem a vantagem de prevenir os accidentes de intoxicação e tambem a intolerancia que quasi sempre resulta do uso continuo da medicação iodurada.

Tal é em seus traços mais geraes, o tratamento que deve ser instituido no primeiro e segundo periodos das cardiopathias arteriaes.

No terceiro periodo ou mitro-arterial, caracterisado pela dilatação dos orificios e das cavidades cardiacas, e sobretudo pelo abaixamento da tensão arterial, o tratamento confunde-se exactamente com o das cardiopathias de origem valvular.

E' então que se deve recorrer aos tonicos do coração, á digitalis, á cafeina, ás preparações de convallaria maiallis, ao strophantus, á esparteina, etc. Esta ultima substancia, como não tem acção constrictiva sobre o systema vascular, deve mesmo ser empregada, de mistura com o iodureto, em uma época intermediaria ao segundo e terceiro periodo das cardiopathias arteriaes, quando se torna necessario, não só olhar para as desordens arteriaes periphericas, como tambem para o coração central ou o myocardio, que tende a declinar e a enfraquecer.

Quanto ás diversas complicações que pódem apparecer, ellas serão combatidas pelos meios que forem opportunamente indicados, não se per-

dendo porém nunca de vista o elemento pathogenico mais importante d'estas molestias, o qual vem a ser—a hypertensão arterial. Ha, entretanto, dois recursos therapeuticos, sobre os quaes não podemos passar em silencio; queremos nos referir ao regimen lacteo exclusivo e á sangria geral. O regimen lacteo é particularmente indicado para prevenir os accidentes uremicos, nos casos de localisação renal da arterio-esclerose. Independentemente d'esta indicacão particular, o regimen lacteo exclusivo deve ser prescripto, por espaço de uma quinzena, todas as vezes que se declararem estes violentos accessos dyspnéa, de pseudo-asthma, de arithmia, de stenocardia, que complicam a evolução das cardiopathias arteriaes. Quanto á sangria geral, constitue ella um recurso preciosissimo de que se deve lançar mão em certos casos extremos, quando a vida acha-se fortemente ameaçada pelos terriveis accidentes da dilatação aguda do coração, pelos accessos de pseudo-asthma ou de dyspnéa, tomando, algumas vezes, o caracter grave da respiração da Cheyne-Stokes.

N'estas condições, a extracção de uns 200, 300 ou mesmo 400 grammas de sangue consegue muitas vezes produzir verdadeiras resurreições.

PROPOSIÇÕES

Cadeira de Physica Medica

I

A saccharimetria optica tem por fim a dosagem do assucar por meio de apparelhos chamados saccharimetros.

II

A saccharimetria optica basea-se na propriedade que tem o assucar de desviar o plano da luz polarisada.

III

Na clinica ella presta relevantes serviços para a dosagem da glycose na urina.

Cadeira de Chimica Mineral e Mineralogica

I

O oxygeno é um metalloide bi-atomico, gazoso e comburente.

II

O oxygeno livre faz parte do ar atmospherico.

III

O oxygeno no estado allotropico é o ozona.

Cadeira de Botanica e Zoologia

I

A acção benefica dos vegetaes sobre o meio ambiente depende principalmente de sua funcção chlorophiliana.

II

Esta funcção executa-se durante o dia, sob a influencia dos raios solares.

III

Durante a noite, a funcção chlorophiliana é interrompida e os vegetaes desprendem gaz carbonico.

Cadeira de chimica organica e biologica

I

A cafeina (C^8 H^{10} AZ^4 O^2) é um alcaloide extrahido do café (Cofféa arabica).

II

A cafeina crystallisa em agulhas finas e sedosas, é uma base pouco energica e facilmente atacavel pelos acidos.

III

Emprega-se a cafeina, com grandes resultados, no periodo de hyposystolia das diversas cardiopathias.

Cadeira de anatomia descriptiva

I

O coração é um musculo ôco, de fórma conica, dividido em quatro cavidades: duas superiores chamadas auriculas e duas inferiores chamadas veutriculos.

II

O coração está collocado no mediastino anterior, entre os pulmões, sobre o diaphragma, adiante do esophago e da aórta, atraz do externo e das cartilagens costaes.

III

A base do coração acha-se voltada para cima, para traz, e para a direita, e o vertice, para baixo, para diante e para a esquerda.

Cadeira de histologia

I

O que caracterisa o epithelio é revestir toda a superficie livre do organismo.

II

Os globulos epitheliaes são os primeiros que apparecem no embryão como elemento differenciado.

III

As modificações morphologicas dos epithelios dependem da funcção e perpetuam-se pela herança.

Cadeira de physiologia

I

O coração, contrahindo-se, envia pela arteria aórta o sangue que deve irrigar toda a economia e pela arteria pulmonar o sangue que deve soffrer, no pulmão, a acção do exigeno do ar.

II

As systoles ventriculares são isochronas com as diastoles auriculares e arteriaes.

III

O tempo que vae de uma systole a outra, chama-se grande silencio e o que vae de uma systole à diastole, pequeno silencio.

Cadeira de pharmacologia e arte de formular

I

Entre os productos que as papaveraceas fornecem á pharmacia, sobresae, por sua importancia, o opio.

II

Este producto entra nas fórmulas, ora como medicamento principal, ora como correctivo.

III

Sendo a morphina um dos seus alcaloides mais energicos e n'elle existindo em maior proporção, a sua acção domina a dos outros.

Cadeira de pathologia cirurgica

I

A pyœmia é produzida pelo vibrião pyogenico, descoberto por Pasteur.

II

Este micro-organismo é ao mesmo tempo aerobio e anaerobio.

III

O meio de prevenir a infecção purulenta consiste no curativo antiseptico rigoroso.

Cadeira de pathologia medica

I

A febre amarella é uma molestia infecto-contagiosa.

II

O salicylato de sodio é um medicamento poderoso no primeiro periodo.

III

A medicação do segundo periodo é toda symptomatica.

Cadeira de anatomia e physiologia pathologicas

I

No sangue dos individuos mortos de molestias infectuosas pullulam micro-organismos ou microbios.

II

Os agentes productores d'estas molestias são os microbios, porque, cultivados e innoculados nos animaes sãos, elles determinam as mesmas alterações morbidas.

III

As alterações dos orgãos determinadas pelos micro-organismos são quasi sempre inflammações especificas.

Cadeira de materia medica e therapeutica

I

A digitalis constitue um agente importantissimo da medicação cardio vascular.

II

Ella augmenta a contractibilidade e a tensão arteriaes, atraza, regularisa e reforça as systoles ventriculares.

III

As indicações ou contra indicações da digitalis, nas diversas cardiopathias chronicas estão subordinadas ao estado do myocardio.

Cadeira de Obstetricia

I

A septicemia puerperal é devida á absorpção dos productos toxicos. resultantes da pullulação nos orgãos da geração do microbio septico de Pasteur.

II

Os micro-organismos ou vém do exterior ou são trazidos pelo sangue.

III

Como meio prophylatico e curativo são indicadas as injecções antisepticas.

Cadeira de medicina legal

I

Dá-se o nome de aborto criminoso á expulsão, prematura e violentamente provocada, do producto da concepção, independente de todas as circumstancias de idade, de viabilidade, de vida e, até mesmo, de formação regular.

II

O aborto é raro nos dois primeiros mezes da gestação.

III

Este crime é um dos mais frequentes, porque é extremamente facil de ser dissimulado, quando accidentes graves ou a morte da mulher, não venham chamar a attenção da justiça.

Cadeira de hygiene e mesologia

I

As camadas superficiaes do sólo são um reservatorio de germens pathogenos que ahi vivem normal ou accidentalmente, á custa de um certo gráo de calor e humidade.

II

O enxugo completo do sólo, attenuando ou destruindo a vitalidade destes germens, constitue um bom meio de saneamento de uma cidade.

III

A arborisação, o calçamento estanque, a abundante ventilação, a modificação das habitações insalubres e a grande provisão d'agua são medidas complementares de subido alcance hygienico.

Cadeira de pathologia geral e historia da medicina

I

A herança é um factor etiologico de uma importancia extraordinaria.

II

«Os phenomenos da herança devem ser considerados factos particulares da reproducção, devidos a causas mechanicas resultantes de movimentos molleculares, effectuando-se nos corpos organizados.— Haeckel.»

III

Os vicios de evolução que constituem a herança morbida, podem interessar todo o organismo ou limitar-se simplesmente a um apparelho, a um orgão ou a um tecido.

Cadeira de chimica analytica e toxicologica

I

A analyse e a dosagem dos gazes do sangue podem ser feitas por differentes processos.

II

O processo de Claude Bernard, por meio do deslocamento do oxigeno pelo oxido de carbono, é um dos melhores.

III

O excellente apparelho conhecido pelo nome de Machina de Alverguiat facilita consideravelmente este estudo.

Cadeira de anatomia medico-cirurgica comparada

I

A topographia craneo cerebral consiste na determinação exacta das relações que guardam certos pontos do cérebro com a abobada craneana.

II

Uma das relações perfeitamente estabelecidas é a do centro da linguagem articulada.

III

Elle corresponde a um ponto do craneo, situado á distancia de 2 centimetros para cima da extremidade posterior de uma linha de 5 centimetros, tirada horisontalmente da apophyse orbitaria externa.

Cadeira de operações e apparelhos

I

As resecções do cotovello com o fim meramante orthopedico são indicadas nos casos de ankylose confirmada.

II

Nos casos de ankilose confirmada com abundante ossificação peripherica, a osteotomia e resecções parciaes não dão resultado persistente e, se o periosteo é muito activo em suas funcções osteogenicas, é preciso fazer a resecção descontinua.

III

Obtem-se, á vontade, a mobilidade da nova articulação, conforme a extensão dos segmentos reseccados.

Cadeira de clinica cirurgica

I

O emprego dos agentes antisepticos tem diminuido consideravelmente as complicações graves que occorriam na evolução das feridas accidentaes e cirurgicas.

II

Guardando-se rigorosamente todas as prescripções anti-septicas, as feridas cicatrisam, em sua maioria, por primeira intensão e sem suppuração.

III

Com a applicação do methodo antiseptico deve-se tentar a todo transe a cirurgia conservadora.

Cadeira de clinica medica

I

A dor cervico-thoraco-brachial, a dispnéa, a tosse, a disphagia e a voz bitonal, constituem symptomas racionaes de grande valor para o diagnostico dos aneurismas da aorta thoracica.

II

A pequenez, a desigualdade, o retardamento ou mesmo o desapparecimento completo de um dos pulsos radiaes, sobretudo do radial esquerdo, e a proeminencia de um tumor na parte lateral direita das duas primeiras peças do externo, com batimentos expansivos isochronos com os do pulsos, são os symptomas physicos que mais concorrem para a fixação do dignostico.

III

Nos casos em que os aneurismas têm a sua séde na porção descendente da aórta thoracica, os symptomas que os denunciam são poucos evidentes e, algumas vezes mesmo, a lesão póde passar despercebida até a hora da morte.

Cadeira de clinica obstetrica e gynecologica

I

Logo depois do parto, o pulso torna-se lento e a temperatura cahe ou conserva-se normal.

II

Esta lentidão do pulso é, em geral, mais duravel nas multiparas do que nas priniparas.

III

A acceleração do pulso e elevação da temperatura são signaes reveladores de uma infecção.

Cadeira de clinica dermatologica e syphiligraphica

I

A transmissão da syphilis ao producto da concepção constitue um facto perfeitamente estabelecido.

II

Esta transmissão póde se fazer ou por intermedio do pae ou por intermedio da mãe.

III

O homem que não tiver accidentes siphiliticos contagiosos, póde transmittir a syphilis á mulher por intermedio do feto.

Cadeira de clinica ophtalmologica

I

As keratites infectuosas são as inflammações da cornea, produzidas pelos germens septicos.

II

As perdas do epithelio ou as lesões directas da cornea por violencias exteriores, são causas occasionaes das keratítes infectuosas.

III

As loções antisepticas, a applicação do apparelho compressivo, as instillações de eserina, as paracenteses e sobretudo as cauterisações com

sublimado, na proporção de 1 para 300, constituem a base do tratamento das keratites infectuosas.

Cadeira de clinica psychiatrica

I

O delirio relativamente a sua fórma deve ser dividido em delirio geral e delirio parcial.

II

O primeiro caracterisa-se por uma dissociação ou perversão completa de todas as funcções que constituem a unidade psychica ; o segundo versa simplesmente sobre certas idéas, sentimentos ou determinações.

III

O desarranjo mental que determina esta ultima fórma de delirio embora não prejudique sensivelmente a livre actividade do eu humano, sobre todos os pontos que não estejam em relação com a concepção delirante, deve, entretanto, interessar, mais ou menos, todas as operações do espirito.

Cadeira de clinica medica e cirurgica de crianças

I

A coqueluche é uma molestia infecto-contagioso, constituida por um catarrho laringo-bronchico, mais ou menos intenso, e por accessos de tosse convulsiva, entrecortados e terminados por inspirações profundas e sibilantes.

II

A duração de cada um d'estes paroxismos varia de alguns segundos a alguns minutos, e o seu numero, nos casos de média intensidade, oscilla entre vinte e trinta por dia.

III

O diagnostico da coqueluche, em seu periodo inicial, só póde ser feito depois da noção de uma epidemia reinante ou da possibilidade de uma influencia contagiosa.

HYPPOCRATIS APHORISMI

I

Natura corporis est in medicina principium studii.

II

Natura, morborum curationes ostendunt.

III

Ad extremos morbos, extrema remedia exquisite optima.

IV

Vita brevis, ars longa, occasio prœceps, experientia fallax, judicium difficile.

V

Cibus, potus, venus omnia moderata sint.

VI

Somnus, vigilia utraque modum excedentia malum denunciant.

ERRATAS

PAGINAS	LINHAS	ONDE SE LÊ	LEIA-SE
4	11	extase	estase
4	14	extase	estase
53	31	eserina	atropina